

Título do capítulo	CAPÍTULO 17 – DIMENSÕES DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E MÃO DE OBRA NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO
Autores(as)	Sheila Barbosa
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-047-9/capitulo17

Título do livro	TRAJETÓRIAS DA BUROCRACIA NA NOVA REPÚBLICA: HETEROGENEIDADES, DESIGUALDADES E PERSPECTIVAS (1985-2020)
Organizadores(as)	Felix G. Lopez José Celso Cardoso Junior
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2023
Edição	1ª
ISBN	978-65-5635-047-9
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-047-9

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2023

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesso: <http://www.ipea.gov.br/porta/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

DIMENSÕES DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E MÃO DE OBRA NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO¹

Sheila Barbosa²

1 INTRODUÇÃO

No novo contexto delineado pela pandemia de covid-19 iniciada ao fim de 2019, a estrutura e as capacidades do setor de saúde adquiriram caráter estratégico para a saúde coletiva com efeitos inclusive sobre a economia mundial, vez que a limitada capacidade de atendimento frente ao aumento da demanda impulsionou diversas medidas de contenção do avanço da pandemia, incluindo a interrupção de atividades econômicas na maioria dos países, inclusive de grandes contingentes populacionais.

As dimensões territorial e populacional do Brasil constituem desafios a mais para a formação de uma estrutura abrangente, qualificada, sustentável e, sobretudo, igualitária no provimento de serviços de saúde. A concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil contempla a mobilização e participação dos setores público, privado e sem fins lucrativos para a obtenção de escala de oferta com objetivo de fazer frente aos desafios impostos pelas mencionadas dimensões do país. Em referência ao processo histórico da estruturação do setor de saúde, salienta-se que o setor privado já era superior na oferta de serviços e sua ampliação foi ainda resultante da criação de “um mercado cativo para os prestadores de serviços de saúde financiado com recursos públicos” (Menicucci, 2003, p. 34).

Cabe destacar que o SUS movimentava anualmente cerca de R\$ 277 bilhões (Brasil, 2022). Ele é referência mundial da promoção de universalização e igualdade na oferta de serviços em saúde. Para além do SUS, o setor privado por si apresenta considerável diversidade e complexidade. Segundo a Conta-Satélite de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a rede privada movimentou aproximadamente R\$ 427,8 bilhões em 2019 (Cabral, 2022).

1. Agradeço o apoio de Ademar Guedes na tabulação dos dados e as sugestões e os comentários de Luciana Servo a uma versão anterior do texto, isentando-os de eventuais erros e omissões remanescentes.

2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental lotada na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Diest/Ipea); e professora no Departamento de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília (UnB). *E-mail*: <sheila.barbosa@ipea.gov.br>.

Há farta produção de estudos sobre a construção e o funcionamento do sistema de saúde tanto público quanto privado no Brasil, em especial após a redemocratização (Paim, 2018; Noronha, Lima e Machado, 2008; Silva *et al.*, 2011). Tais estudos cobrem desde o contexto da sua constituição até os distintos objetos relativos a modelos de oferta, funcionamento, desigualdades de oferta e acesso a serviços, mercados suplementares e economia do setor etc. Do mesmo modo, há considerável produção de estudos sobre a mão de obra no setor de saúde (Sheffer, 2020; Silva e Machado, 2019; Campoy *et al.*, 2020; Dedecca, 2005). Contudo, não foram observadas investigações sob a perspectiva dos estudos organizacionais, como proposto neste estudo, contemplando a tipologia das organizações e da mão de obra de forma mais abrangente, os quais são aspectos relevantes para a consolidação de suficiente oferta de bens e serviços no setor de saúde e, por conseguinte, à melhoria da qualidade de vida da população. Assim, é essencial compreender melhor como se estrutura, em termos organizacionais e de mão de obra, o setor de saúde no Brasil.

De modo a contribuir com o esforço de melhor compreender o setor de saúde no Brasil e fornecer elementos para uma visão estratégica do setor, este capítulo teve por objetivo dimensioná-lo no que se refere à sua organização e à distribuição de mão de obra nos setores público e privado. Tais elementos descritivos possibilitam uma visão das capacidades de provisão da assistência em saúde no país. Um segundo objetivo é subsidiar políticas públicas e estratégias para o setor de saúde, em especial descrevendo a tipologia e respectiva presença de serviços de saúde no território e a disponibilidade de mão de obra qualificada.

Diante do papel constitucional do Estado de garantir saúde para a população, é necessário ter claro o modo de organização e as dinâmicas que mobilizam os setores público e privado, incluindo o privado sem fins lucrativos, na organização do setor de saúde. Isto no sentido de possibilitar a visualização de um cenário amplo a fim de propiciar a concepção de modos de intervenção estatal para mais eficiência e efetividade do sistema, quer seja via regulação, fomento ou investimento.

Este capítulo está organizado da seguinte forma. Após esta introdução, na seção 2, apresentam-se as notas metodológicas relativas à construção e análise dos dados. Na seção 3, traz-se um breve histórico do setor de saúde brasileiro. Nas seções 4 e 5, respectivamente, expõe-se um referencial teórico quanto à tipologia de organizações que compõem o setor de saúde e aos tipos de mão de obra no referido setor. Nas seções 6 e 7, descrevem-se as estruturas organizacional e de mão de obra, bem como seus quantitativos, sua distribuição e densidade regional, de 2006 a 2021.

2 BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

A promoção e preservação da saúde da população (saúde pública), inseridas nas funções do Estado, tiveram esforços intensificados nos primeiros anos do século XX (Merhy e Queiroz, 1993), notadamente na década de 1920, a partir do movimento sanitário, o que impactou o modo de organização do setor de saúde brasileiro. Segundo Tamano (2017, p. 109), “aquela geração de sanitários deveu-se a luta pela regulamentação da saúde pública, o empenho na formação de profissionais da área, a construção do aparato institucional.”

Ainda de acordo com Tamano (2017), o movimento sanitário impactou também a oferta de mão de obra especializada, posto que o movimento em prol da profissionalização sanitária no decênio de 1920 e o processo de estruturação do setor de saúde no pós-1930 impulsionaram as propostas de criação das escolas e dos serviços especializados.

Para Piola *et al.* (2009, p. 20), “o sistema de serviços de saúde no Brasil, nas suas origens hegemonicamente privado ancorado na medicina liberal e na filantropia, evoluiu, a partir da criação do seguro social na segunda década do século XX”. Progressivamente, ocorre uma “expansão bastante acentuada do segmento privado de forma autônoma a partir dos anos 1960 e particularmente na década de 1980” (Menicucci, 2014, p. 80), o que acrescenta novos atores ao cenário do setor de saúde, em particular os planos de saúde, os quais fomentaram a iniciativa privada no setor.

Um outro momento marcante nessa trajetória é o da reforma sanitária ocorrida na década de 1970. Tal movimento culminou ao fim da década de 1980, no registro constitucional da saúde como direito de todos e na formação do SUS sob os princípios de acesso universal e igualitário (Menicucci, 2014). No entanto, desigualdades sociais e regionais no acesso persistem apesar de terem diminuído (Massuda *et al.*, 2018), sendo que “as regiões Norte e Nordeste apresentam os piores indicadores ao longo de toda a série” (Viacava *et al.*, 2019, p. 2758), que vai de 1998 a 2013.

As condições de oferta e de acesso são aspectos relevantes para a garantia constitucional da saúde como direito de todos. A diversidade de serviços e sua distribuição territorial são faces relevantes da estratégia para a consecução desta garantia.

Os serviços de saúde se diversificaram com o passar do tempo. No âmbito dos setores público ou privado, além do atendimento direto por profissionais em domicílios ou consultórios, os hospitais, as clínicas especializadas e os centros de diagnóstico proliferaram. Atualmente, o setor inclui organizações complexas que oferecem desde consulta médica e serviços de diagnóstico até procedimentos de baixa a alta complexidade.

Adicionalmente, a complexidade do SUS, que agrega tanto a prestação de serviços pelo setor público quanto pelo privado para atender ao princípio da universalidade, impulsionou a proliferação de organizações, robustecendo o aparato de

gestão e logística em saúde em especial no setor público. Como ressaltam Giovanella *et al.* (2018, p. 1772), o sistema de saúde brasileiro, “desde a década de 1970, apresenta um mercado prestador privado forte, do qual o SUS é o principal comprador”.

Além da crescente demanda, que por si só constitui forte incentivo ao desenvolvimento do mercado no setor de saúde, a identificação de novas doenças e de novos tratamentos e o desenvolvimento de novas tecnologias implicam oportunidades para a diferenciação por funções e especialização, com a possibilidade de constituição de novos tipos de estabelecimentos voltados aos serviços de saúde. Tudo isso contribuiu para o constante crescimento e a complexificação do setor de saúde.

A função reguladora do Estado motivou a necessidade de compreender as dimensões e a complexidade do setor de saúde. Neste sentido, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi concebido com o “objetivo de ser base para se conhecer a oferta de serviços de saúde instalada em todo o território nacional” (Pelissari, 2019). Em razão da atual variedade de funcionalidades disponíveis, o CNES representa relevante ferramenta de gestão para o setor de saúde. A partir da visão geral dos dados do CNES, organiza-se esta análise sobre a mão de obra e a estrutura organizacional do setor de saúde no Brasil.

3 ORGANIZAÇÕES DO SETOR DE SAÚDE

A alocação equitativa de recursos é um dos principais objetivos da gestão da saúde pública. Experiências internacionais com este objetivo apresentam diferentes abordagens para estimativas de necessidades de recursos no sistema de saúde. Segundo o modelo Carr-Hill, utilizado na Inglaterra, a oferta de serviços em saúde passa a ser variável relevante para essa estimativa a partir de 1994 (Brasil, 2006a, p. 33).

A utilização de dados da oferta de serviços em saúde, com o objetivo de promover alocação equitativa de recursos, denota a relevância em compreender a estrutura e as condições de oferta de serviços de saúde, bem como a sua distribuição no território, ou seja, seu arranjo organizacional, de modo a propiciar a geração de soluções de base estratégica no sentido de promover o aprimoramento do sistema de saúde.

Do ponto de vista da gestão de operações e serviços, o estudo de arranjos organizacionais ocupa-se, entre outros aspectos, do objetivo de melhor atender a mercados (Correa e Caon, 2011). Cabe destacar que os arranjos organizacionais tratam essencialmente da divisão do trabalho e da especialização por funções, tanto para organizações observadas individualmente quanto em conjunto, como setor que contempla diversas atividades correlatas.

A análise de arranjos organizacionais em uma perspectiva de setor (como coletividade de organizações) contempla a observação da integração, assim como a interdependência da cadeia produtiva. Isto ocorre a partir da compreensão da diferenciação

horizontal no sistema, caracterizada pela especialização e fragmentação do processo por meio da divisão do trabalho na produção ou na prestação de serviços.

O arranjo organizacional do setor de saúde se complexificou ao longo do tempo, seguindo tendência de fragmentação de processos em decorrência da especialização por funções. Assim, o surgimento das distintas especialidades de serviços de saúde instituiu arranjos organizacionais mutáveis em um processo incremental.

A evolução das especialidades de serviço, mencionada na seção anterior, contempla desde a consulta médica em clínica especializada a uma significativa variedade de serviços especializados de diagnóstico, bem como os procedimentos em unidades hospitalares especializadas em atendimento de diferentes graus de complexidade. Tal variedade de serviços denota expressiva diferenciação por função e estimula a considerável diversidade de tipos de organização como se verá a seguir.

Toda essa variedade organizacional possui tipologia descrita pelo CNES, gerenciado pelo Ministério da Saúde (MS). De acordo com o cadastro, o termo *estabelecimento de saúde* é definido como “espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica” (Brasil, 2017). O conjunto de estabelecimentos de saúde, assim definidos, constitui o setor de saúde.

Neste capítulo, esse conjunto de estabelecimentos não será analisado como cadeia produtiva, porquanto não se propõe a investigar suas inter-relações, mas sim suas características, de modo a fornecer um panorama geral que possa subsidiar os estudos sobre capacidade, bem como o desenho de políticas públicas de saúde em uma perspectiva estratégica da oferta de serviços de saúde.

Na atual classificação do CNES, há quarenta diferentes tipos de estabelecimentos do setor de saúde. Para viabilizar a análise aqui empreendida, esses estabelecimentos foram agregados em onze categorias por aproximação de funções, conforme quadro A.1 do apêndice A. Nessa agregação, os hospitais especializados integram a categoria hospital, embora exista também a categoria unidade de atenção especializada que inclui, por exemplo, clínica, policlínica e hospital dia. A agregação sob rótulo hospitais priorizou o conceito hospital com internações.

A agregação aqui proposta também considerou aspectos destacados no quadro A.1 (apêndice A), como é o caso dos consultórios isolados, mantido como categoria individual, dado o seu grande volume de registros.

O foco dessa agregação está na diferenciação horizontal da divisão do trabalho e na prestação de serviços em saúde e considera as funções de atendimento direto, de diagnóstico, de suporte suplementar (farmácias) e de apoio, por exemplo, apoio à gestão e logístico.

As organizações também foram agrupadas conforme suas respectivas naturezas jurídicas, em especial a administração pública, as entidades empresariais e as entidades sem fins lucrativos, além dos profissionais (sob registro de pessoa física) que compartilham o domínio da prestação de serviços de saúde à população.

4 MÃO DE OBRA NO SETOR DE SAÚDE

O setor de saúde é permeado por um complexo arranjo de ocupações, em decorrência da forte tendência de especialização profissional. Posto que a medicina “constituiu ao longo dos tempos um mercado de serviço complexo, exclusivo, com forte credibilidade social” (Campos *et al.*, 2021). O desenvolvimento da regulação profissional no setor produz espaços de atuação bem demarcados. Os dados do CNES listam 429 ocupações nos níveis médio e superior da área finalística de saúde. Significa dizer que:

o mercado de trabalho do setor saúde deve ser considerado como um segmento particular. Sua regulamentação atual constitui uma característica peculiar ao processo de organização da atividade setorial. A definição das profissões que ele abrange (e as suas qualificações específicas) depende das características que lhe são inerentes (Dedecca *et al.*, 2005, p. 126).

Estudos sobre a organização e distribuição da mão de obra no setor de saúde podem, a depender dos objetivos de análise, contemplar uma considerável diversidade de aspectos, por exemplo, nível de formação, categorias profissionais, distribuição por regiões, distribuição entre SUS e não SUS, bem como entre os setores público, privado e sem fins lucrativos.

O conhecimento quanto a esses aspectos e respectivos padrões de distribuição são relevantes para a compreensão da dinâmica do setor de saúde e pode fornecer visões quanto a prioridades e conteúdos de políticas públicas, visando ao desenvolvimento das capacidades para o equilíbrio e aperfeiçoamento na oferta de serviços de saúde.

Neste capítulo, a análise pretende compreender padrões de distribuição da mão de obra como recurso organizacional, uma vez que

se torna fundamental conceber uma estratégia de gestão da força de trabalho, pois sua ausência pode resultar em déficit de uma burocracia profissionalizada e especializada, sob risco de limitar o acesso a cuidados ou aumentar o tempo médio de atendimento, o que torna relevante esforços de análise para predizer fluxos e estoques de mão de obra (Lopez *et al.*, 2020, p. 8).

O arranjo da mão de obra na qualidade de recurso organizacional implica distribuição de mão de obra para organizar e manter os serviços, além da prestação direta. Assim, “há profissionais responsáveis pelas atividades-fim e outros que cumprem o papel de apoio a esse tipo de atividade” (Dedecca *et al.*, 2005, p. 125).

Neste capítulo, os profissionais responsáveis por atividades de apoio estão agregados sob o rótulo de profissionais administrativos, sendo os demais aqueles envolvidos em atividades-fins.

Diante da diversidade de ocupações no setor de saúde, para se obter uma noção sobre as capacidades organizacionais, cabe um olhar mais específico sobre as ocupações nucleares próprias da política de saúde (Dedecca, 2008, p. 91). Nesta pesquisa, foram selecionadas as ocupações de médico, enfermeiro (nível superior), técnico em enfermagem (nível médio) e auxiliar de enfermagem (nível médio). Para estes profissionais, é comum a prática de múltiplos vínculos. De acordo com Dedecca *et al.* (2005, p. 137), “cerca de metade declararam possuir dois ou mais vínculos”.

5 NOTAS METODOLÓGICAS

Este estudo foi caracterizado por pesquisa qualitativa e quantitativa, contendo análises descritivas e comparativas de dados sobre a organização e a mão de obra no setor de saúde do Brasil, bem como dados populacionais e de produto interno bruto (PIB) por regiões.

Foram utilizados recortes longitudinais a fim de possibilitar análises de trajetória organizacional nos últimos anos, assim como uma visão geral sobre tendências.

As principais fontes de dados foram o CNES, a Relação Anual de Informações Sociais (Rais), o IBGE e o Atlas do Estado Brasileiro do Ipea. É importante ressaltar que os dados da Rais e do CNES apresentam certas limitações. No caso do CNES, há distintas fragilidades, especialmente nos anos anteriores a 2008, em decorrência de falhas na autodeclaração e de alterações em classificações (Rocha *et al.*, 2018; Oliveira e Machado, 2010). Tais fragilidades representam limitações da pesquisa, ainda assim, os referidos dados contribuem para indicar tendências, sobretudo quando do cruzamento com outras bases de dados, como proposto nesta pesquisa.

O ponto de partida foi a categorização de dados longitudinais extraídos do CNES. Diante de extensa massa de dados, foi necessária a construção de tabelas com categorias de agregação, conforme apêndices A e B. Assim, para fins de análise, os 42 tipos originais de organização foram agregados em onze categorias. Além da categorização por tipos de estabelecimento, foram também exploradas as classificações por natureza jurídica: i) administração pública; ii) entidades privadas empresariais; e iii) entidades privadas sem fins lucrativos. Além da classificação quanto às organizações pertencentes e não pertencentes ao SUS.

De modo complementar, os dados sobre a mão de obra também foram agregados por tipo de profissão (quadro B.1 do apêndice B) e classificados por nível de formação (fundamental, básico e superior) e por setores/natureza jurídica

(público, privado e sem fins lucrativos). Cabe ressaltar que, como característica específica do setor, um mesmo indivíduo pode possuir mais de um vínculo profissional, impactando as contagens de certas distribuições.

Em busca de explicações para o comportamento dos dados observados ao longo de sua trajetória recente, foram incorporados ao estudo dados que pudessem oferecer referências sobre o potencial de concentração de demanda e de capacidade de produção e de acesso a serviços de saúde, ou seja, dados sobre a distribuição da população e do PIB, por regiões. Dessa forma, viabilizaram-se comparações sobre o comportamento da distribuição das organizações e mão de obra do setor de saúde do Brasil por regiões.

6 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SETOR DE SAÚDE BRASILEIRO

Para uma melhor visualização da magnitude e trajetória da estrutura organizacional do setor de saúde, toma-se como ponto de partida os dados a respeito do total por tipos de estabelecimentos registrados no CNES, conforme a agregação proposta neste estudo (tabela 1).

De acordo com a tabela 1, observa-se o crescimento acumulado de cerca de 158% no número de estabelecimentos do setor de saúde entre 2006 e 2021, com taxa de crescimento médio anual em torno de 6,6%. Com exceção de 2007,³ que apresentou crescimento de aproximadamente 21% em relação ao total de estabelecimentos contabilizados no ano anterior, e 2020, ano no qual se registra decréscimo de cerca de 6%, com maior impacto no número de consultório isolados, possivelmente em razão da pandemia de covid-19.

Comparativamente, ao longo do mesmo período, observou-se crescimento populacional acumulado no mesmo período de cerca de 1,5%.⁴ Assim, os dados sinalizam expressiva melhora na relação número total de estabelecimentos por 1 mil habitantes (tabela 2). Contudo, como se discutirá mais adiante, destaca-se que este crescimento é bastante concentrado na região Sudeste.

3. Destaca-se que o crescimento observado em 2007 está provavelmente relacionado a ajustes no processo de registros, não significando um crescimento real discrepante (Brasil, 2006b, p. 45; Rocha *et al.*, 2018). Os primeiros anos da série de dados do CNES apresentam vulnerabilidade em sua cobertura, a obrigatoriedade dos estabelecimentos privados com vínculo a planos regulamentos pela Agência Nacional de Saúde (ANS) só ocorre em 2006, sendo reforçada em 2011.

4. De acordo com a Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, do IBGE. Disponível em: <<https://bit.ly/2AiYFfj>>.

TABELA 1
Número de organizações, segundo tipos (2006-2021)

Tipo de organização	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Consultório isolado	49.332	70.512	78.664	97.784	105.822	113.056	117.935	127.922	134.827	138.773	144.434	149.687	158.501	167.775	150.046	164.194
Farmácia	225	309	383	491	602	743	962	1.199	1.528	1.817	2.199	2.556	3.020	3.901	4.614	9.266
Hospital	6.356	6.393	6.345	6.439	6.393	6.325	6.266	6.267	6.308	6.141	6.096	6.161	6.147	6.019	6.252	6.396
Unidade de apoio diagnóstico e terapêutico	12.600	13.889	14.610	15.419	16.424	17.481	18.360	19.831	21.249	21.274	22.073	23.104	24.793	25.934	25.794	27.691
Unidade de atenção especializada	23.238	28.443	30.262	31.901	35.440	39.365	42.464	40.456	43.676	45.734	49.383	52.114	57.873	61.101	56.366	64.975
Unidade de atenção especializada psicossocial	-	-	1.439	1.561	1.710	1.865	2.033	2.206	2.442	2.648	2.759	2.849	2.965	3.024	3.095	3.185
Unidade de atenção primária	39.938	40.847	41.372	42.068	42.049	42.491	44.121	45.305	47.457	47.664	48.806	49.488	50.676	50.572	51.882	53.100
Unidade de cuidados domiciliares	-	-	-	-	-	-	-	118	216	299	401	506	697	878	867	1.083
Unidade de gestão e apoio logístico	377	596	887	1.116	3.988	5.524	6.016	6.419	6.713	6.875	7.168	7.486	7.965	8.156	8.772	9.750
Unidade de teleatendimento	-	-	-	-	-	-	9	37	54	66	69	68	71	76	76	91
Unidade de urgência e emergência	1.688	1.750	1.779	1.906	1.976	2.267	4.092	5.134	6.034	6.254	6.459	6.657	6.922	7.031	7.326	7.807
Unidade de vigilância e prevenção em saúde	2.381	2.380	2.392	2.505	2.216	1.751	1.693	1.794	1.914	1.971	2.055	2.459	2.719	2.844	3.280	3.703
(Vazio)	10	6	3	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	136.145	165.125	178.136	201.192	216.621	230.869	243.952	256.688	272.418	279.516	291.902	303.135	322.349	337.311	318.370	351.241

Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mp2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
Elaboração da autora.

A relação entre número de organizações do setor de saúde e tamanho da população apresenta trajetória de constante crescimento, sugerindo aumento da capacidade de oferta de serviços. Em 2006, a relação era de 0,73 organizações por 1 mil habitantes; em 2021, essa relação mais que dobra, passando a 1,65 organizações por 1 mil habitantes (tabela 2). Parte significativa desse crescimento é decorrente da expansão da iniciativa privada, contudo com reflexos na estrutura mobilizada pelo setor público, visto que o sistema público utiliza a estrutura privada para ampliação da oferta no âmbito do SUS (gráfico 3).

TABELA 2
Densidade das organizações na população, por ano (2006-2021)

Ano	Total de estabelecimentos	Total da população	Estabelecimentos por 1 mil habitantes	Aumento dos estabelecimentos (%)	Aumento da população (%)
2006	136.145	186.771	0,73	-	-
2007	165.125	183.987	0,90	21,29	-1,49
2008	178.136	189.613	0,94	7,88	3,06
2009	201.192	191.481	1,05	12,94	0,99
2010	216.621	190.756	1,14	7,67	-0,38
2011	230.869	192.376	1,20	6,58	0,85
2012	243.952	193.974	1,26	5,67	0,83
2013	256.688	201.063	1,28	5,22	3,65
2014	272.418	202.769	1,34	6,13	0,85
2015	279.516	204.450	1,37	2,61	0,83
2016	291.902	206.081	1,42	4,43	0,80
2017	303.135	207.661	1,46	3,85	0,77
2018	322.349	208.495	1,55	6,34	0,40
2019	337.311	210.147	1,61	4,64	0,79
2020	318.370	211.756	1,50	-5,62	0,77
2021	351.241	213.318	1,65	10,32	0,74

Fontes: CNES (disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>, acesso em: 13 jun. 2022) e IBGE (disponível em: <<https://bit.ly/2AiYFFJ>>).
Elaboração da autora.

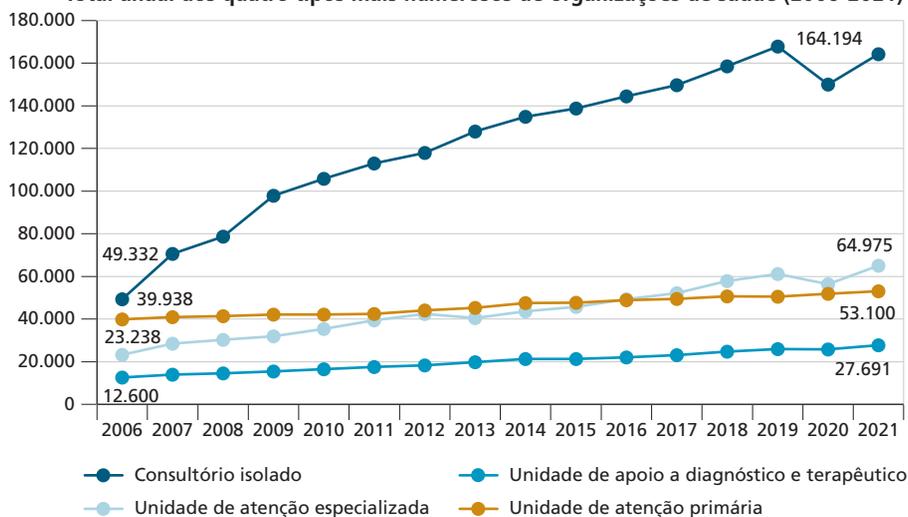
Ainda sobre a estrutura organizacional do sistema de saúde brasileiro, o gráfico 1 destaca os quatro tipos de organizações mais volumosas:⁵ o consultório isolado, as unidades de atenção especializada, as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e as unidades de atenção primária. É possível observar que, ao passo que o número

5. Para mais clareza em razão da escala, os dados sobre o total de cada tipo de organização foram divididos em dois grupos, o primeiro deles com tipos de organização que já iniciam a série com dezenas de milhares de ocorrências e o segundo com os demais tipos.

de consultórios isolados apresenta crescimento intenso e acelerado, chegando a triplicar sua quantidade (o que pode estar associado a características específicas de um mercado cujos serviços são indutores de demanda), as unidades de atenção especializadas também crescem e praticamente dobram de volume, contudo de forma menos acelerada. Por sua vez, o número de unidades de atenção primária mantém trajetória estável sem a mesma intensidade de incremento observada nos dois tipos antes mencionados. No entanto, tais trajetórias possuem dinâmicas distintas, pois referem-se a distintos processos e diferentes capacidades de atendimento – como exemplo dessa diferenciação, ressalta-se que as unidades de atenção primária em geral possuem mais de uma equipe e ofertam serviços não oferecidos em consultórios isolados. Destaca-se ainda que a distribuição destes tipos de organizações no território é bastante concentrada, como se observará na seção sobre distribuição territorial.⁶

GRÁFICO 1

Total anual dos quatro tipos mais numerosos de organizações de saúde (2006-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
Elaboração da autora.

As trajetórias dos totais dos demais tipos de organizações do setor de saúde podem ser observadas no gráfico 2. As unidades de urgência e apoio logístico apresentam incremento acentuado a partir de 2009 e 2011, respectivamente. Já o número total de hospitais permanece praticamente estável, com alguns decréscimos ao longo de todo o período e leve recuperação a partir de 2019.

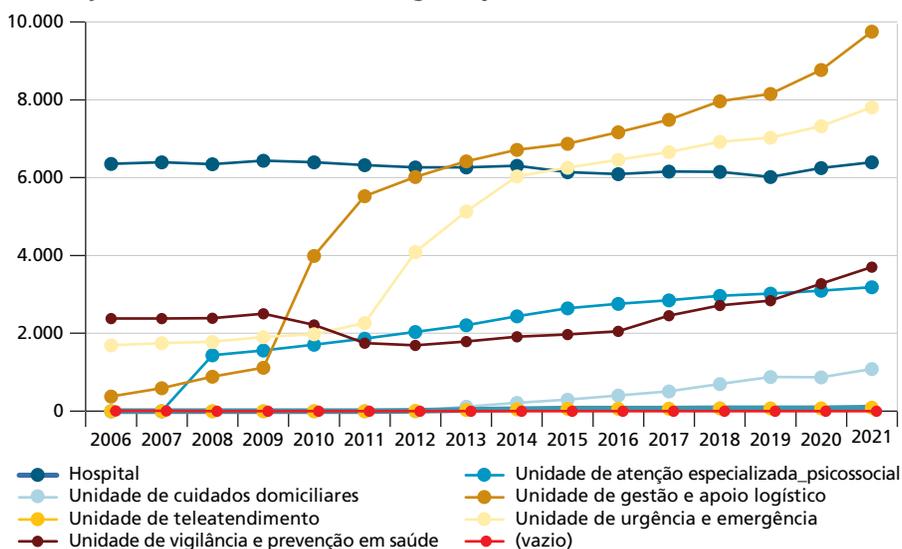
6. Cabe salientar que a categoria farmácias possivelmente faz parte dessa divisão de organizações mais numerosas; contudo, os dados disponíveis no CNES não apresentam robustez no que se refere a esta categoria e desta forma foi retirada da série. A Associação Brasileira de Farmácias (Abrafarma) informou, em 2019, haver cerca de 78 mil pontos de venda no país, com faturamento anual de cerca de R\$ 51 bilhões.

Demonstrando a tendência de atualização via diferenciação e inclusão de novas categorias de estabelecimentos, os dados do CNES, em razão de alterações na regulamentação do registro,⁷ captam e apontam o contínuo crescimento de organizações, tais como as unidades de vigilância e prevenção em saúde, a partir de 2007; as unidades de atenção especializada psicossocial, a partir de 2008; as de teleatendimento, a partir de 2012; e as de cuidados domiciliares, a partir de 2013.

No gráfico 2, é possível notar dois expressivos saltos no número de organizações. O primeiro é relativo às unidades de gestão e apoio logístico entre 2009 e 2012, possivelmente influenciado pelo cadastramento das secretarias e unidades de gestão/regulação a partir de 2011. O segundo salto é referente ao número de unidades de urgência e emergência entre 2011 e 2014,⁸ ambas sugerindo iniciativas de reestruturação do setor. A forte expansão das unidades de urgência e emergência, após a Política Nacional de Atenção às Urgências, em especial a partir de 2011 com a rede de urgência (O'Dwyer *et al.*, 2017), parece ser um esforço de resposta à possibilidade de crise na capacidade de atendimento, como previsto por Mendes *et al.* (2012), a partir de projeções demográficas.

GRÁFICO 2

Trajetória do volume das demais organizações do setor de saúde (2006-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

Elaboração da autora.

7. Para mais informações, ver legislação pertinente. Disponível em: <<https://bit.ly/3fHZDe8>>.

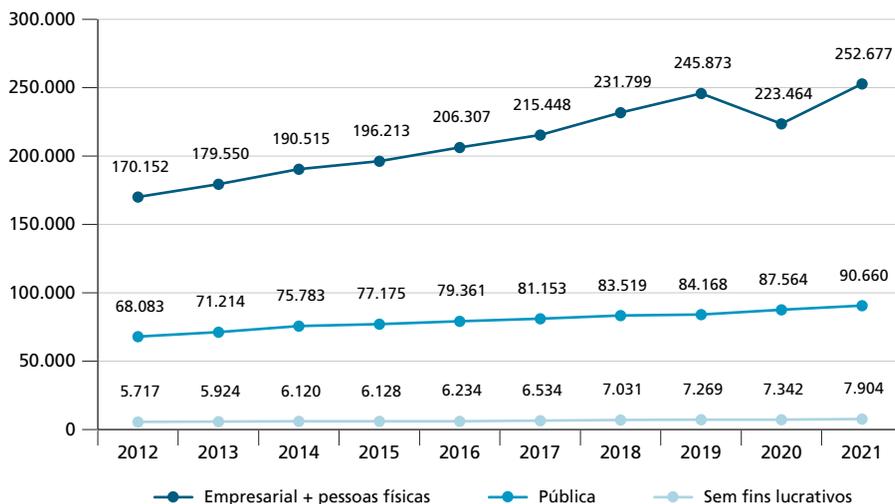
8. O crescimento observado no tipo agregado *unidade de urgência e emergência* teve salto expressivo a partir de 2012 devido à expansão do tipo *unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência* (tipo de estabelecimento 42, na tipologia original do CNES). Por sua vez, o crescimento expressivo da *unidade de gestão e apoio logístico* deve-se ao crescimento do tipo *central de gestão em saúde* (tipo 68 no CNES), que saltou de 465, em 2009; para 3.185, em 2010; e 6.022, em 2021.

De acordo com dados do CNES 2021, no gráfico 3, as organizações do setor privado continuam representando grande parte do universo das organizações registradas no setor de saúde (72,5%), corroborando afirmação de Piola *et al.* (2009) quanto ao caráter majoritariamente privado do setor de saúde.

Em uma proporção menor estão as organizações do setor público, 25,8% do total, demonstrando seu caráter minoritário na oferta direta de serviços em saúde. Contudo, como será discutido mais adiante, o Estado se faz presente de forma significativa por meio da manutenção do SUS, inclusive com a utilização de recursos públicos na contratação e oferta de serviços por meio do setor privado (Santos, Ugá e Porto, 2008). Essa estratégia de utilização das capacidades do setor privado como componente do sistema público amplia significativamente a oferta de serviços públicos de saúde, tal como acontece no setor de educação pública por meio do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) e do Programa Universidade Para Todos – Prouni (Barbosa, 2019, p. 130).

Por sua vez, as organizações sem fins lucrativos expressam mais nitidamente a participação da sociedade civil organizada na oferta de alternativas para a prestação de serviços de saúde. Em 2021, essas organizações representaram 2,25% do total dessas no setor de saúde (gráfico 3), sinalizando que esta alternativa permanece pouco explorada, apesar de sua expansão a partir dos anos 1990 (Morais *et al.*, 2018).

GRÁFICO 3
Organizações de saúde, segundo a natureza jurídica (2012-2021)



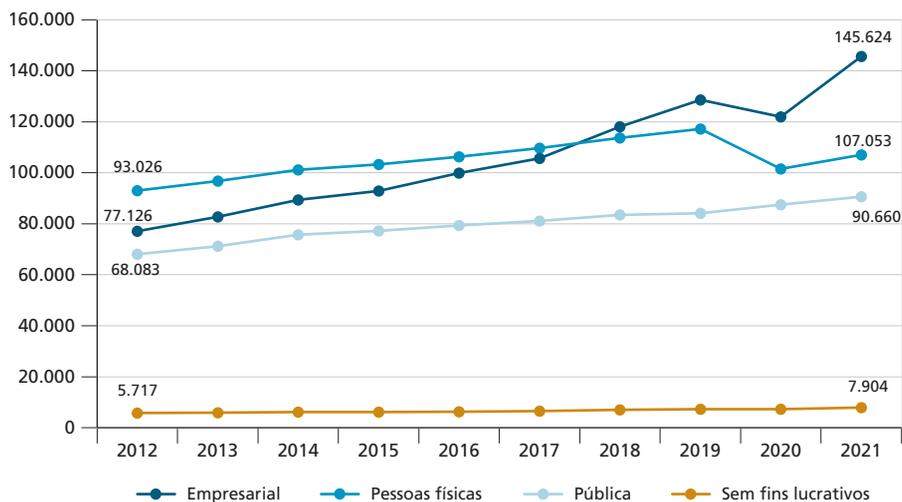
Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
Elaboração da autora.

Essa configuração organizacional, ao mesmo tempo que segue a determinação constitucional de propiciar a livre iniciativa, pode também resultar em outros desafios, como a desigualdades de acesso, uma vez que o contexto de mercado possui outras lógicas de alocação de recursos e equidade não é uma premissa neste contexto.

No sentido de ampliar sua cobertura, o SUS emprega a estratégia de inclusão de organizações da rede privada no sistema de forma complementar, com oferta de serviços custeados pelo orçamento público. No gráfico 4, é possível observar que grande parte do SUS é composto por organizações de natureza jurídica privada, ou seja, cerca de 75% (considerando as categorias empresarial, pessoas físicas e organizações do setor privado sem fins lucrativos). Destaca-se ainda que a participação relativa das organizações do setor privado no total de organizações que compõem o SUS aumentou de 32% para 41%. O SUS adquire assim expressiva magnitude, significa inequivocamente dizer que o Estado expande sobremaneira a oferta de serviços em saúde pública, ampliando o acesso no sentido da concretização do seu princípio da universalidade.

O Estado, a fim de ampliar a oferta de serviços públicos em saúde, prevê a utilização da capacidade instalada da iniciativa privada, esta possibilidade tanto amplia a oferta quanto estimula o mercado. Uma vez que ela constitui fonte alternativa de renda para a rede privada, gerando empregos e estimulando a economia do setor.

GRÁFICO 4
Número de organizações que compõem o SUS, por grupo de natureza jurídica (2012-2021)



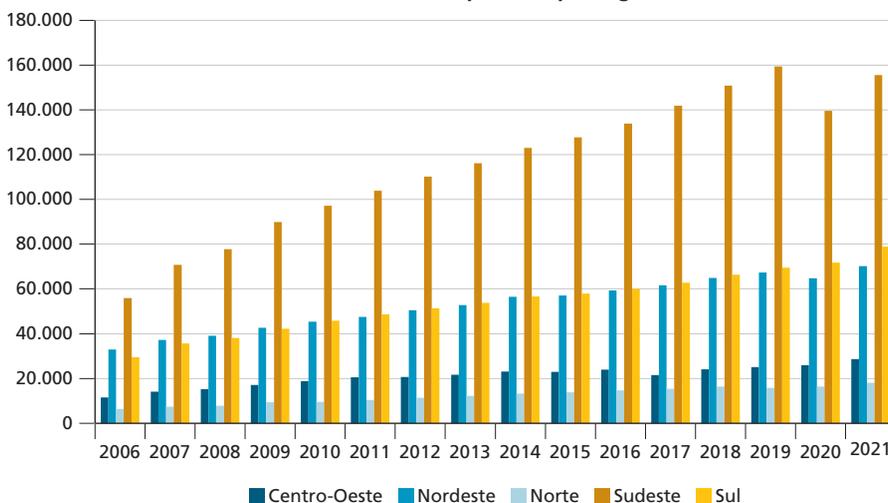
Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
Elaboração da autora.

Um sistema de saúde dessa magnitude e complexidade apresenta diversos desafios de coordenação, eficiência e sustentabilidade. Contudo, a cobertura de serviços proporcionada se mostra um enorme diferencial de sucesso (Menicucci, 2014).

6.1 Características e distribuição territorial das organizações do setor de saúde

O arranjo do total de estabelecimentos de saúde por região não acompanha exatamente a tendência de distribuição da população no território, ou seja, embora a maior concentração de estabelecimentos se encontre no Sudeste, a menor está no Norte do país, que possui população maior que a do Centro-Oeste (gráfico 5). Comparando-se as taxas de crescimento anuais do número de estabelecimentos de saúde por região, o Norte apresenta taxas de crescimento um pouco maiores que as do Sudeste, durante boa parte do período analisado. Contudo, em termos absolutos, o número de estabelecimentos de saúde no Sudeste ao fim do período é aproximadamente 8,5 vezes maior que o observado na região Norte.

GRÁFICO 5
Total de estabelecimentos de saúde comparados, por região (2006-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
Elaboração da autora.

Na comparação com a distribuição populacional, chama atenção o fato de, apesar da região Nordeste possuir aproximadamente o dobro da população da região Sul, ambas as regiões apresentam quantidades de estabelecimentos bastante próximas, com exceção dos anos recentes, nos quais a distância do número total amplia ainda mais a favor da região Sul (gráficos 6 e 7).

O Centro-Oeste possui volume de estabelecimentos superior ao da região Norte, ainda que tenham populações totais próximas (gráficos 6 e 7). Contudo, a primeira apresenta maior população urbana, o que pode então afetar o volume de organizações. Ademais, cabe destacar que a região Norte apresenta peculiaridades, sua menor densidade demográfica impõe desafios relativos à escala para

estrutura de oferta. Detentora da maior população indígena do país, esta região conta com sistema de atendimento específico, o que também afeta seu desenho organizacional, sobretudo no sistema público de saúde gerido pela secretaria de saúde indígena do MS.

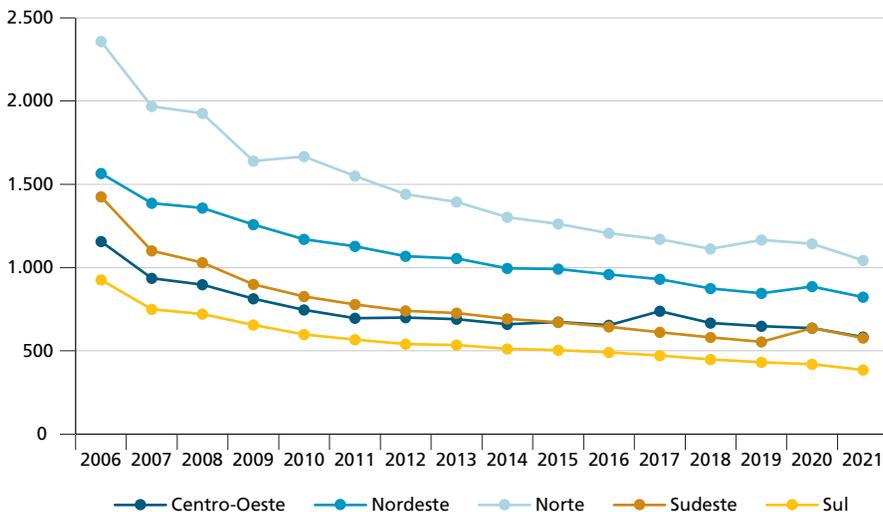
Tais dados comparativos reforçam a percepção de que o número de organizações de saúde por região não é uma variável meramente dependente do tamanho da população, dado que as regiões Norte e Nordeste possuem populações superiores às do Centro-Oeste e do Sul, respectivamente, bem como apresentam menor número de organizações do setor de saúde. Adicionalmente, destaca-se que as regiões Centro-Oeste e Sul apresentaram PIB *per capita* com média superior à média nacional em 2017. Por sua vez, Norte e Nordeste apresentam PIB *per capita* menores, conforme dados das Contas Regionais (IBGE, 2019). Ou seja, maiores volumes de organizações do setor de saúde, aparentemente, estão mais relacionados a maiores PIB *per capita*, por região.

Essa relação entre o número de organizações do setor de saúde, o tamanho de população e o PIB *per capita* por regiões sinaliza então que, de fato, o mercado apresenta lógica concentradora, posto que sugere que a distribuição se relaciona mais com variações do PIB, o que indica a necessidade de ações e políticas públicas que possam estimular e equilibrar a estrutura do setor de saúde em áreas em desequilíbrio, bem como a desejável oferta de serviços ao longo do território nacional. Esta observação considera o fato de que a oferta do SUS é fortemente alicerçada pela estrutura e pelas capacidades do setor privado, as quais são seu principal componente organizacional, conforme explicitado anteriormente.

Na análise regional da densidade de organizações do setor de saúde por população (gráfico 6), observa-se que a região Sul possui a maior densidade, seguida por Sudeste e Centro-Oeste. Situações menos favoráveis são observadas nas regiões Norte e Nordeste. Apesar disso, para todas elas, observa-se tendência de melhora nesta relação, posto que, ao longo do período analisado, todas as regiões apresentam queda no número de habitantes por organização. Todas as regiões apresentam melhorias em relação à ampliação da estrutura dos serviços de saúde.

Chama atenção o avanço mais intenso ocorrido na região Norte quando comparada às outras regiões entre 2008 e 2009, e ainda um pontual retrocesso na trajetória da região Centro-Oeste entre 2016 e 2017. Tais achados sugerem a necessidade de uma investigação mais aprofundada em estudos futuros, posto que podem estar associados a alterações no processo de registro no CNES.

GRÁFICO 6
 Habitantes por estabelecimentos de saúde, por região (2006-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
 Elaboração da autora.

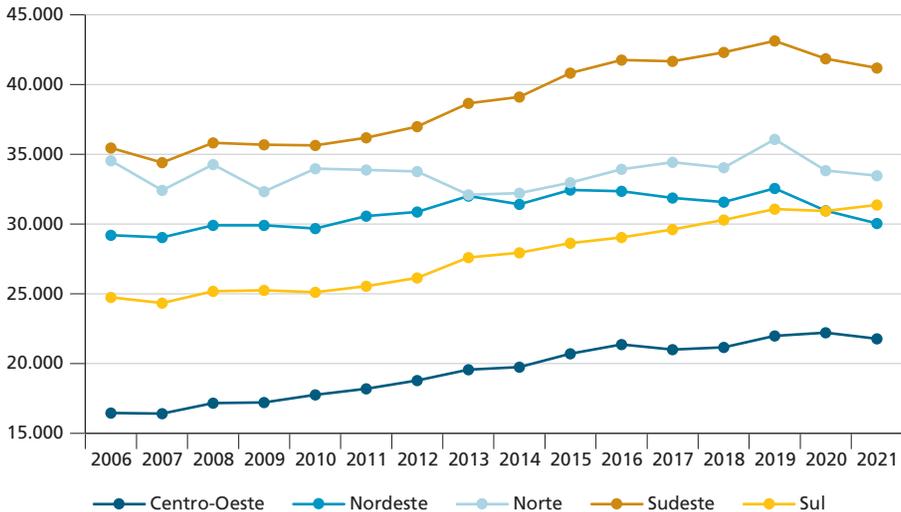
Na análise específica da distribuição do número de hospitais por regiões em comparação com suas respectivas populações (gráfico 7), destaca-se, dos dados, uma trajetória de incremento da população em todas as regiões, acompanhada de tendência de estagnação ou queda no número de hospitais durante a maior parte do período analisado. Significa dizer que, no caso específico das organizações do tipo hospital, o comportamento diverge daquele referente ao número total de organizações do setor de saúde em geral, pois, ao longo do tempo, apresentam crescimento do número de habitantes por hospitais, sinalizando pressão sobre a capacidade instalada, em especial nas regiões Sul e Centro-Oeste, as quais, ainda assim, apresentam as melhores densidades durante a maior parte do período.

A partir de 2019, um movimento em sentido oposto é observado nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste. Há um crescimento no número de hospitais, marcadamente no setor público. No caso do Sudeste, observa-se descompasso entre as trajetórias de aumento do número de hospitais e da população. Esse desalinhamento torna-se ainda mais perceptível no período 2014-2016, pois os dados revelam queda no número total de hospitais durante uma trajetória de crescimento da população da região.⁹ Apenas em 2017, 2019 e 2020, o número de hospitais volta a crescer

9. Para uma análise mais detalhada sobre cobertura e lacunas assistenciais, destaca-se que é necessário observar os diferentes tipos e portes de unidades hospitalares, bem como suas respectivas capacidades de oferta de leitos.

expressivamente no setor público. Este registra um crescimento acumulado de 322 hospitais comparado a 55 hospitais do setor privado entre 2019 e 2021, com maior concentração no Sudeste (132) e no Nordeste (125).

GRÁFICO 7
Número de habitantes por hospital, por região (2006-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
Elaboração da autora.

De acordo com Silva (2011), um caminho para a superação de lacunas assistenciais com racionalização e otimização dos recursos disponíveis poderia ser obtido a partir da constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção. Sendo este um relevante ponto de discussão quanto à organização do sistema de saúde (Souza, 2002).

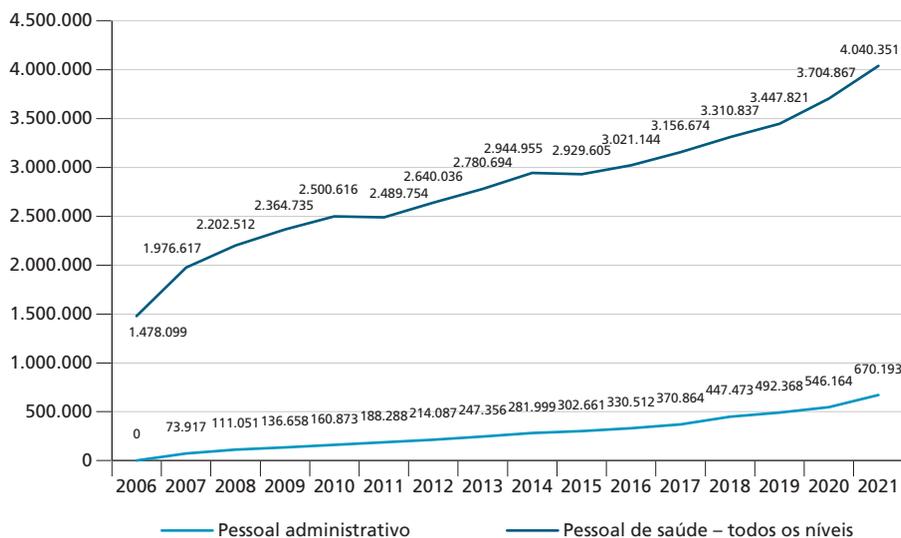
6.2 Estrutura e distribuição da mão de obra no setor de saúde

Nesta subseção, um panorama geral da composição e distribuição da mão de obra é delineado a partir de distintos aspectos, tais como: nível de formação, distribuição entre atividades de apoio e atividades-fins e, ainda, a partir de agregações de profissões. Também são dimensionados os volumes de ocupações pertencentes ou não aos quadros do SUS, bem como atuantes nos setores público ou privado. A análise inclui adicionalmente alguns destaques analíticos para quatro categorias profissionais consideradas nucleares no setor de saúde: médico, enfermeiro (nível superior), técnico em enfermagem (nível médio) e auxiliar de enfermagem (nível médio).

De início, destaca-se a composição da mão de obra em termos de ocupação nos setores finalísticos e de apoio administrativo. Os dados disponíveis no gráfico 8 sinalizam uma mudança relevante nessa composição, considerando que

o crescimento menos acentuado da mão de obra em atividade finalística vem diminuindo sua proporção em relação ao total. Isso pode ser em decorrência da alteração de procedimentos com maior emprego de soluções automatizadas em atividades administrativas, o que exige menos emprego de mão de obra em tais atividades ou ainda de alteração nos papéis, com maior atribuição de atividades administrativas à mão de obra encarregada de atividades finalísticas.

GRÁFICO 8
Composição da mão de obra do setor de saúde, ocupações por grupo (2006-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
Elaboração da autora.

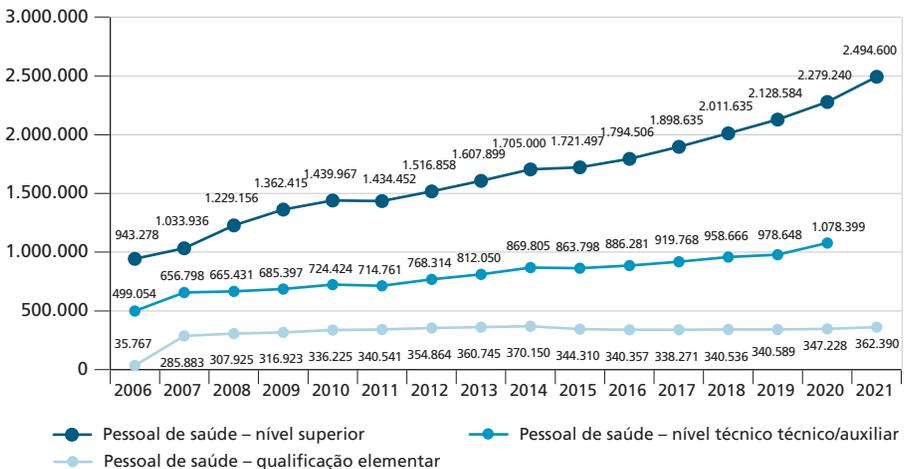
De acordo com o gráfico 9, o nível superior detém a maior concentração de mão de obra, sinalizando como setor significativamente composto por mão de obra qualificada. No mesmo gráfico, observa-se ainda que a trajetória da mão de obra de nível elementar sofre queda entre 2014 e 2017, com discreta recuperação a partir de 2018, mas sem que tenha atingido nível máximo em 2014. Ao mesmo tempo, as categorias de nível médio e superior demonstram vigoroso crescimento, indicando alteração no arranjo do mercado de trabalho em favor de mais qualificação da mão de obra.

No que se refere às proporções de cada nível de formação no total de ocupações, a análise revela que os profissionais de nível superior saltam de cerca de 52% do total, em 2007,¹⁰ para aproximadamente 61%, em 2021, corroborando o apontamento de mais qualificação da mão de obra no setor de saúde.

10. Ano a partir do qual se observa mais consistência nos dados sobre nível de formação profissional.

GRÁFICO 9

Distribuição da mão de obra de atuação finalística, por nível de formação¹



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

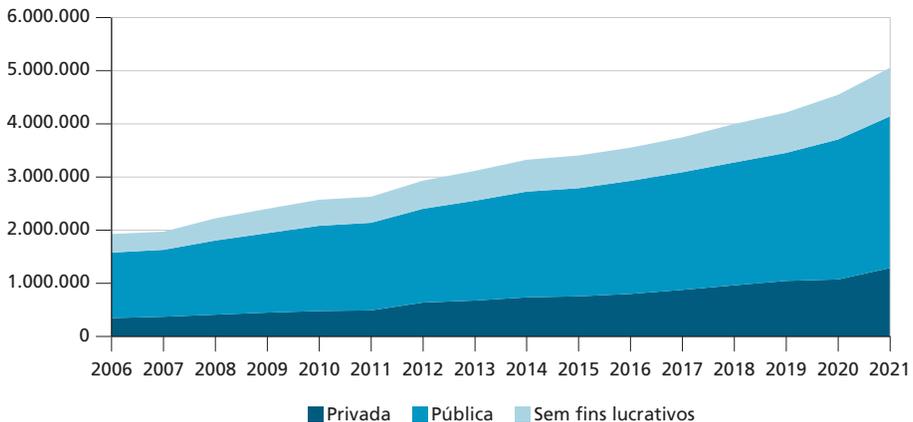
Elaboração da autora.

Nota: ¹ Conforme o Código Brasileiro da Ocupação (CBO) 3222-30, os auxiliares de enfermagem estão classificados sob o rótulo 3. *Técnicos em nível médio*.

Quanto à distribuição de mão de obra entre os setores público, privado e sem fins lucrativos, o gráfico 10 apresenta mais concentração de ocupações vinculadas ao setor público, isto porque grande parte do SUS é composto pela aquisição de serviços do setor privado de saúde.

GRÁFICO 10

Total de ocupações na área de saúde atuando nos setores público, privado e sem fins lucrativos (2006-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>.

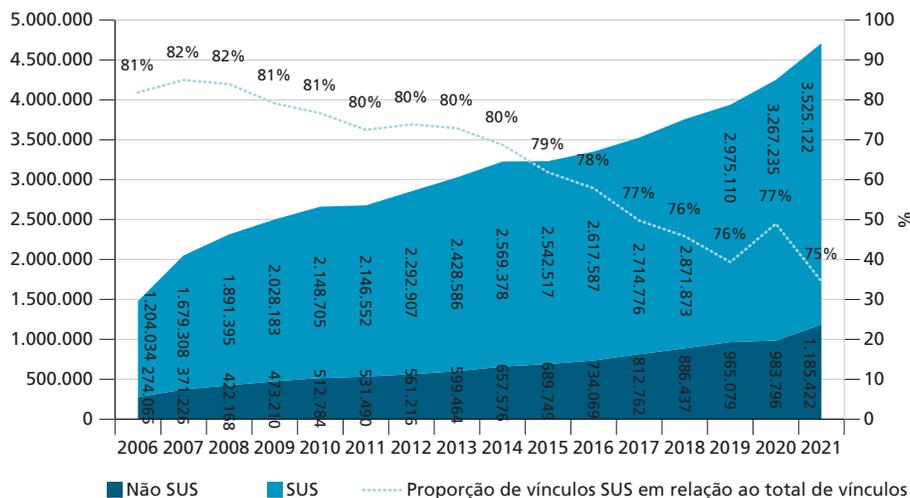
Elaboração da autora.

Obs.: Para a construção dessa série histórica, em razão das lacunas de dados no CNES sobre o tipo de setor das organizações, os dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) foram cruzados com as informações da Rais e da Receita Federal do Brasil (RFB).

Uma compreensão mais precisa acerca das dimensões do SUS pode ser obtida na análise do gráfico 11, no qual se observa que o SUS, que é mantido por recursos públicos, incorpora a maior parte dos vínculos ocupacionais do setor de saúde, caracterizando-se como importante ator no mercado de trabalho do setor. Contudo, o percentual de vínculos com o SUS em relação ao total de vínculos ocupacionais no setor vem caindo desde 2008, passando de 82% para 75% em 2021. Essas constatações ressaltam a relevância da oferta de políticas públicas voltadas para a formação e distribuição da mão de obra no setor.

Também fica claro o caráter essencial da estratégia de incorporação das capacidades do setor privado ao SUS, dado que a participação de organizações de saúde do setor privado vem aumentando. Assim, o referido sistema utiliza também grande parte do total de mão de obra ativa, incluindo o setor privado. Isto implica que iniciativas de políticas públicas e mesmo a regulação estatal voltadas ao mercado de trabalho no setor de saúde são cruciais para a promoção e manutenção do equilíbrio da oferta de serviços de saúde.

GRÁFICO 11
Número total e relativo de ocupações na área da saúde com e sem vínculos ao SUS (2006-2021)



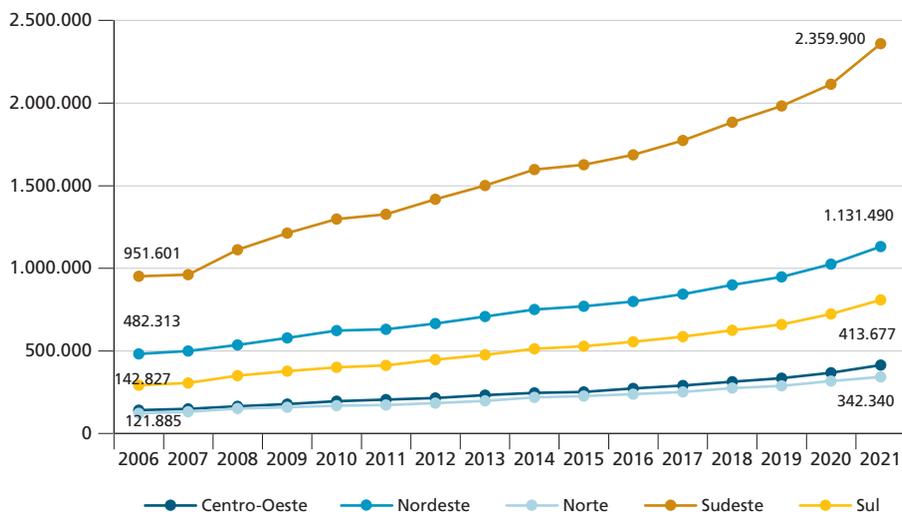
Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
Elaboração da autora.

No que se refere à distribuição da mão de obra do setor de saúde no território nacional, observa-se mais acúmulo nas regiões Sudeste e Nordeste (gráfico 12), possivelmente em razão da maior concentração de população nestas regiões.

Apesar de possuir população menor que a da região Norte, o Centro-Oeste apresenta maior volume de ocupações no setor de saúde. Dessa forma, assim como na análise de distribuição das organizações do setor de saúde, os dados novamente desafiam a suposição de relação com o tamanho de população. Resta saber se esse fato está relacionado com o PIB *per capita*, visto que o da região Centro-Oeste é aproximadamente duas vezes maior que o da região Norte. Ou ainda, se esses dados possuem relação com características de composição populacional, dado que a região Norte apresenta maior concentração de populações indígenas, cujo modelo de assistência em saúde possui peculiaridades distintas e específicas.

GRÁFICO 12

Total de ocupações do setor de saúde, por região (2006-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

Elaboração da autora.

Ao observar no gráfico 13 o comportamento do volume de quatro das categorias profissionais nucleares do setor de saúde – médico, enfermeiro (nível superior), técnico e auxiliar de enfermagem (ambos de nível médio, de acordo com a classificação do CNES) –, nota-se tendência crescente na maioria delas, com exceção da categoria auxiliar de enfermagem, esta apresenta queda contínua a partir de 2012; ao mesmo tempo é acompanhado um expressivo crescimento da categoria técnico de enfermagem, sinalizando uma tendência de contratação e de qualificação profissional com mais empregabilidade em razão da área de atuação mais abrangente, conforme regulação profissional.¹¹

11. De acordo com o Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, os técnicos de enfermagem possuem área de atuação mais abrangente que a dos auxiliares de enfermagem.

A partir da razão entre números iniciais e finais para cada categoria no período, tem-se que a categoria técnico de enfermagem apresenta o crescimento mais expressivo (aproximadamente 778%), seguidos da categoria enfermeiro (cerca de 355%). A categoria médico apresenta crescimento de aproximadamente 228%, e, em direção oposta, a categoria auxiliar de enfermagem apresenta decréscimo de aproximadamente 25%.

Tais dados revelam ainda as relações descritas a seguir.

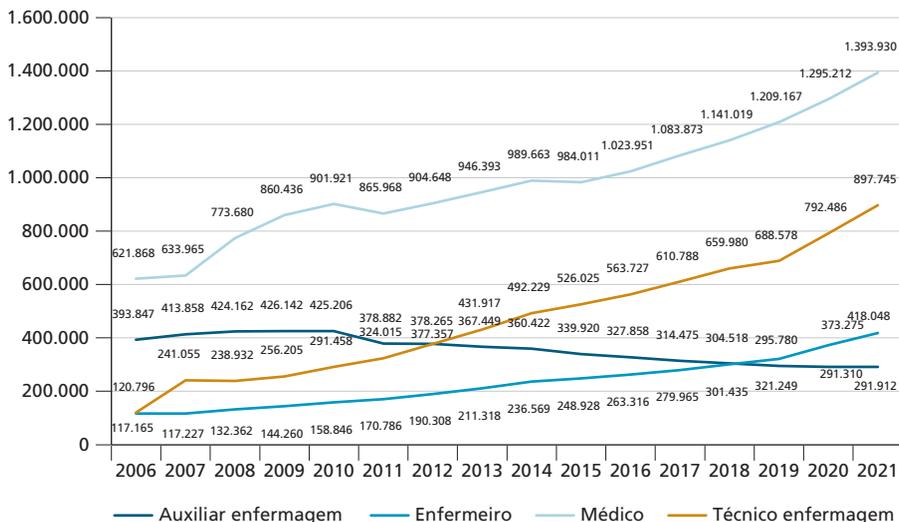
- 1) Quedas nas proporções entre médicos e enfermeiros, dado que, em 2006, são aproximadamente 5,17 médicos por enfermeiros; contudo, em 2021, esta proporção cai para 3,32.
- 2) Aumento da proporção entre técnicos de enfermagem e enfermeiros com aproximadamente 0,97 técnicos de enfermagem por enfermeiros, em 2006, e 2,14, em 2021.

Considerando que os técnicos de enfermagem possuem atribuição de auxiliar os enfermeiros, os dados sugerem possibilidade de aumento da capacidade de oferta de serviços de enfermagem. O mesmo não é possível afirmar quanto à proporção entre médicos e enfermeiros, considerando o dado de expressivo aumento do número de consultórios isolados, conforme observado no gráfico 1, os quais implicam atendimento por médicos, mas não necessariamente por enfermeiros. Para dar suporte a qualquer afirmação nesse sentido, seria necessário examinar relações especificamente nos tipos de organizações que supõem a interação entre tais profissionais, tal como é o caso dos hospitais.

Chama atenção a menor inclinação da reta de crescimento da categoria enfermeiro, pois esta cresce menos que a categoria técnico de enfermagem, modificando as proporções entre tais categorias, o que pode indicar alteração na dinâmica do mercado de trabalho, na dinâmica de formação de mão de obra ou até mesmo nos padrões de arranjos operacionais.

GRÁFICO 13

Total de ocupações de categorias nucleares do setor de saúde (2006-2021)



Fonte: CNES. Disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
Elaboração da autora.

Observando o quadro geral da relação entre o número total de ocupações do setor de saúde e o tamanho da população, notam-se maiores taxas de crescimento no número de ocupações e um expressivo aumento do número de profissionais por cada 1 mil habitantes no período, partindo de 10,66 para 23,71, em 2021. Este achado sinaliza a expansão do setor de saúde, corroborando os achados quanto à expansão do número de organizações do setor de saúde. Tais achados sinalizam ainda a maior oferta de postos de trabalho, com efeitos inclusive sobre o setor de educação. Uma vez que aumenta a demanda por formação profissional específica.

TABELA 3

Densidade do total de ocupações de saúde em relação à população e respectivos percentuais de crescimento (2006-2021)

Ano	Total de ocupações ¹	Total da população ²	Número de ocupações por 1 mil habitantes	Aumento das ocupações (%)	Aumento da população (%)
2006	1.991.528	186.771	10,66	-	-
2007	2.050.792	183.987	11,15	2,98	-1,49
2008	2.316.858	189.613	12,22	12,97	3,06
2009	2.508.110	191.481	13,1	8,25	0,99
2010	2.686.141	190.756	14,08	7,10	-0,38
2011	2.747.947	192.376	14,28	2,30	0,85
2012	2.932.759	193.974	15,12	6,73	0,83

(Continua)

(Continuação)

Ano	Total de ocupações ¹	Total da população ²	Número de ocupações por 1 mil habitantes	Aumento das ocupações (%)	Aumento da população (%)
2013	3.116.604	201.063	15,5	6,27	3,65
2014	3.325.743	202.769	16,4	6,71	0,85
2015	3.406.492	204.450	16,66	2,43	0,83
2016	3.553.606	206.081	17,24	4,32	0,80
2017	3.748.089	207.661	18,05	5,47	0,77
2018	3.999.299	208.495	19,18	6,70	0,40
2019	4.216.099	210.147	20,06	5,42	0,79
2020	4.548.566	211.756	21,48	7,89	0,77
2021	5.057.138	213.318	23,71	11,18	0,74

Elaboração da autora.

Notas: ¹ Incluídas as que fazem parte e não fazem parte do SUS.

² Multiplicado por 1 mil.

Em termos de distribuição territorial, essa relação entre o número de ocupações por população e região (tabela 3) mostra o seguinte comportamento: no geral, a região Sul apresenta os melhores resultados, mas muito aproximados do observado para a região Sudeste, com exceção das categorias enfermeiro e auxiliar de enfermagem, nas quais o Sudeste apresenta resultado ligeiramente melhor.

Por sua vez, a região Norte apresenta as menores densidades de ocupações por população, com exceção da categoria técnico de enfermagem, na qual demonstra densidade melhor apenas que a região Nordeste.

Com o segundo maior contingente populacional do Brasil, a região Nordeste apresenta densidades muito inferiores em relação às regiões Sul e Sudeste. Na categoria médico, sua densidade chega a ser menos da metade do Sul. Essa disparidade aponta a necessidade de se repensar a oferta em formação em medicina na região.¹² Paralelo ao contexto de distribuição das organizações do setor de saúde na região, que apresenta mesma tendência, uma vez que são essas organizações a fonte de geração dos postos de trabalho.

Em termos de comportamento das referidas categorias profissionais, chama atenção a categoria enfermeiro, pois esta apresenta densidades próximas para todas as regiões durante todo o período 2006-2021.

12. Nesse caso, cabe observar nos próximos anos os efeitos das recentes expansões do ensino superior por meio de alguns programas, como o Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), o Prouni e o Fies.

TABELA 4

Ocupações de profissionais de categorias nucleares do setor de saúde, *per capita* e por regiões (2021)
(Em 10 mil habitantes)

Categoria profissional das ocupações	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte
Médico	82	87	41	63	31
Enfermeiro	21	20	19	20	16
Técnico de enfermagem	44	47	36	46	40
Auxiliar de enfermagem	19	11	10	12	7

Fontes: CNES (disponível em: <<https://bit.ly/3mP2X7f>>, acesso em: 13 jun. 2022) e IBGE (disponível em: <<https://bit.ly/2AIYFfJ>>).
Elaboração da autora.

De modo geral, os dados sobre ocupações do setor de saúde revelam trajetória que inspira certo otimismo, visto que expressam elevação da capacidade do setor. Contudo, considera-se necessário exame mais aprofundado das razões para o comportamento desta trajetória no que se refere à distribuição regional, bem como em relação à tendência de dadas categorias profissionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sentido de organizar um quadro geral, destaca-se que o setor de saúde segue em expansão. Observa-se também que a iniciativa privada permanece dominante no setor de saúde no que se refere ao número de organizações. No entanto, do ponto de vista da estratégia organizacional, é possível afirmar que o SUS é um empreendimento bem-sucedido. Ele inclui aproximadamente 75% do universo de organizações do setor de saúde no país, assim como a maior porção do volume da mão de obra do setor, ou seja, a capacidade de oferta de saúde é ampliada, uma vez que grande porção do setor privado está mobilizada pelo SUS para atender demandas da população no que se refere à saúde pública.

Os consultórios isolados e próprios da iniciativa privada constituem o tipo de organização mais numeroso, configurando um modelo organizacional que sinaliza ainda haver um protagonismo da atuação profissional individual para a oferta de serviços de saúde. Por um lado, isso sinaliza a potência da livre iniciativa no setor, por outro, sugere ser conveniente a permanente observação quanto às condições de acesso.

O descompasso e a tendência de estagnação na trajetória do número de hospitais frente à trajetória de crescimento da população estabelecem importantes pontos de atenção, pois sinalizam possível crise de capacidade de atendimento se mantida tal trajetória, caracterizando risco adicional em situações de crise pandêmica, como a vivenciada recentemente.

Merece mais atenção a evolução no número de estabelecimentos de saúde nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste para a elaboração de estratégias que possam equilibrar a distribuição, considerando os seus respectivos contingentes populacionais.

As densidades de ocupações de profissionais de categorias nucleares no setor de saúde (ocupações *per capita*), apesar de apresentarem tendências de crescimento, com exceção da categoria auxiliar de enfermagem, sugerem fortes desequilíbrios, demandando mais atenção a estratégias de formação de mão de obra e oferta de postos de trabalho nas regiões Norte e Nordeste.

A estabilidade da trajetória do volume de profissionais da categoria profissional de enfermeiros requer especial atenção, visto que as categorias médico e técnico de enfermagem apresentam curvas de crescimento mais inclinadas. Dessa forma, descompassos na proporção entre médicos e enfermeiros e entre estes e os técnicos de enfermagem podem representar desequilíbrios relevantes ao longo do tempo, com impacto sobre os processos de trabalho e a capacidade operacional.

A tendência de mais qualificação da mão de obra no setor de saúde revela cenário favorável. Sobre isso cabe ainda investigar se os níveis de formação profissional se aproximam de padrões desejáveis no arranjo da mão de obra e de seus processos de trabalho.

Ainda sobre a mão de obra no setor, destaca-se a expressiva contribuição do setor público como maior fonte de vínculos para o total de ocupações (considerando o SUS), o que denota a relevância desse sistema para o mercado de trabalho do setor. Também merece atenção o crescimento de organizações do setor privado sem fins lucrativos, cuja oferta de postos de trabalho tem contribuído para a expansão do volume de ocupações no setor.

Os achados da pesquisa podem, sob diferentes perspectivas, fornecer pistas adicionais sobre as ações necessárias para a expansão da capacidade do setor de saúde, bem como alcançar mais equilíbrio na oferta de serviços. Assim, podem ainda propiciar *insights* para o aperfeiçoamento de políticas públicas. Como agenda de estudos futuros, recomendam-se análises sobre as relações na cadeia produtiva, escala da capacidade de prestação de serviço (porte), rede regionalizada, resolutividade e desempenho de tais organizações, em especial as do setor público, devido as suas especificidades institucionais, bem como análises sobre carga horária de atuação e processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

CABRAL, U. Despesas com saúde em 2019 representam 9,6% do PIB. **Agência IBGE Notícias**, 14 abr. 2022. Disponível em: <<https://bit.ly/3EfB9Dh>>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BARBOSA, S. C. T. A organização da administração pública e suas implicações sobre a implementação de políticas públicas: o poder executivo Federal. In: ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT**. São Paulo: Editora Unesp, 2019. p. 133-163.

BRASIL. **Metodologia de alocação equitativa de recursos**: projeto de reforço à reorganização do SUS (Reforsus). Brasília: MS, 2006a.

_____. **Uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: MS, 2006b.

_____. Portaria nº 2.022, de 7 de agosto de 2017. Altera o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de cadastramento e atualização cadastral, no quesito tipo de estabelecimentos de saúde. Brasília: MS, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3P9eoTR>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: Ipea, 2022. 90 p.

CAMPOS, F. E. *et al.* **Profissões e mercado de trabalho em saúde**: perspectivas para o futuro. Rio de Janeiro: Fiocruz, jul. 2021. (Texto para Discussão, n. 64). Disponível em: <<https://bit.ly/3o0MjCf>>.

CAMPOY, L. T. *et al.* A distribuição espacial e a tendência temporal de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e para a saúde suplementar, Brasil, 2005 a 2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

CORREA, H. L.; CAON, M. **Gestão de serviços**: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas, 2011.

DEDECCA, C. S. O trabalho no setor saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 87-103, jul.-dez. 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/3z5HttV>>.

DEDECCA, C. S. *et al.* A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 123-142, mar. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/3aEvKcg>>.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3z5Xa4k>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema de Contas Regionais: Brasil 2017. **Contas Nacionais**, n. 68, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3z1f73X>>.

LOPEZ, F. G. *et al.* **Mapeamento dos profissionais de saúde no Brasil**: alguns apontamentos em vista da crise sanitária da covid-19. Brasília: Ipea, abr. 2020. (Nota Técnica Diest, n. 30). Disponível em: <<https://bit.ly/3aBnZnt>>.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ global health**, v. 3, n. 4, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3o5Svcp>>.

MENDES, A. da C. G. *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/3IGewaY>>.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (Fafich/UFMG), Minas Gerais, 2003.

_____. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan.-mar. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3uMIaFU>>.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 177-184, 1993.

MORAIS, H. M. M. de *et al.* Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, n. 1, p. 1-13, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3IF98VH>>.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Sistema Único de Saúde (SUS). In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 125, 2017.

OLIVEIRA, E. dos S. de; MACHADO, M. H. Para medir o trabalho em saúde no Brasil: principais fontes de informações. **Sistema**, v. 1, p. 748, 2010.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PELLISSARI, M. R. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 159-165, jul. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3O81SCP>>.

PIOLA, S. F. *et al.* **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ipea, fev. 2009. (Texto para Discussão, n. 1391). Disponível em: <<https://bit.ly/3aEciwo>>.

ROCHA, T. A. H. *et al.* Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 229-240, 2018.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

SCHEFFER, M. *et al.* Demografia médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP; CFM, 2020.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3RxOzP2>>.

SILVA, Z. P. da *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, set. 2011.

SILVA, M. C. N. da; MACHADO, M. H. Sistema de saúde e trabalho: desafios para a enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 07-13, 2019.

SOUZA, R. R. de. O sistema público de saúde brasileiro. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Ministério da Saúde, ago. 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/3ALSxgX>>.

TAMANO, L. T. O. O movimento sanitário no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos, Revista de História da Ciência**, n. 4, p. 102-115, ago. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3AR0oZa>>.

VIACAVA, F. *et al.* Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, jul. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3RsAlPz>>.

APÊNDICE A

QUADRO A.1
Agregação de tipos de organizações do setor de saúde

Descrição	Agregação
Hospital geral	Hospital
Hospital especializado	
Serviço de atenção domiciliar isolado (<i>home care</i>)	Unidade de cuidados domiciliares
Unidade de atenção em regime residencial	
Telessaúde	Unidade de teleatendimento
Consultório isolado	Consultório isolado
Posto de saúde	Unidade de atenção primária
Centro de saúde/unidade básica	
Unidade móvel fluvial	
Centro de apoio à saúde da família	
Unidade de atenção à saúde indígena	
Polo academia da saúde	
Centro de parto normal – isolado	
Pronto-socorro geral	Unidade de urgência e emergência
Pronto atendimento	
Pronto-socorro especializado	
Unidade móvel terrestre	
Central de regulação médica das urgências	
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	
Policlínica	Unidade de atenção especializada
Clínica/centro de especialidade	
Unidade mista	
Hospital dia – isolado	
Centro de atenção psicossocial	
Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde	Unidade de vigilância e prevenção
Centro de imunização	
Unidade de vigilância em saúde	
Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen)	
Unidade de apoio à diagnose e terapia (SADT isolado)	Unidade de apoio diagnóstico e terapêutico
Laboratório de saúde pública	
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	
Farmácia	Farmácia

(Continua)

(Continuação)

Descrição	Agregação
Secretaria de saúde	Unidade de gestão e apoio logístico
Oficina ortopédica	
Central de regulação de serviços de saúde	
Central de gestão em saúde	
Central de regulação do acesso	
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	
Central de abastecimento	
Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde	

Elaboração da autora, com base em proposta da pesquisadora Luciana Servo.

APÊNDICE B

QUADRO B.1

Agregação das profissões no setor de saúde, segundo nível de formação

Profissões da área finalística – saúde	Nível de formação
Médico	Nível superior
Enfermeiro	
Farmacêutico	
Odontólogo	
Fisioterapeuta	
Nutricionista	
Fonoaudiólogo	
Psicólogo	
Outras ocupações de nível superior	
Auxiliar de enfermagem	Nível técnico técnico/auxiliar
Técnico de enfermagem	
Técnico e auxiliar de laboratório	
Técnico e auxiliar em nutrição e dietética	
Técnico e auxiliar em saúde oral	
Técnico e auxiliar em vigilância sanitária e ambiental	
Técnico e auxiliar em equipe médico-hospitalares	
Técnico e auxiliar em radiologia médica	
Técnico e auxiliar em hematologia/hemoterapia	
Técnico e auxiliar em histologia	
Outras ocupações de nível técnico e auxiliar em saúde	
Agente comunitário de saúde	Qualificação elementar
Agente de saúde pública	
Atendente de enfermagem/auxiliar de operações, serviços diversos e assemelhados	
Parteira	
Outras ocupações – nível elementar em saúde	Todos os níveis
Ocupações da área meio – administrativo	
Administração	
Serviço de limpeza/conservação	
Segurança	
Outras ocupações administrativas	

Elaboração da autora, com base em proposta da pesquisadora Luciana Servo.

Obs.: 1. No grupo pessoal de saúde – nível superior, foram agregados 344 Códigos Brasileiros da Ocupação (CBOs).

2. Para pessoal de saúde – nível técnico/auxiliar: 85 CBOs agregados.

3. Para pessoal de saúde – nível elementar: 14 CBOs agregados.

4. Para pessoal administrativo: 164 diferentes CBOs agregados.

5. Houve ainda um número residual de CBOs não classificados em nenhuma das categorias anteriores (que está na categoria verificar). O total é, contudo, residual.

